9 11

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 143

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Roberto DERBYSHIRE

Né à Léon (Nicaragua), le 2 mai 1903

SUR UN CAS DE TUBERCULOSE VERRUQUEUSE CHEZ L'ENFANT

Président : M. OMBRÉDANNE, *professeur*.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Roberto DERBYSHIRE

Né à Léon (Nicaragua), le 2 mai 1903

SUR UN CAS DE TUBERCULOSE VERRUQUEUSE CHEZ L'ENFANT

Président : M. OMBRÉDANNE, *professeur*.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1928

LE DOYEN . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentle
GATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL. . .	Pathologie médicale.

MM.	
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX. . .	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils. .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VELTER. . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
VILLARET . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Profond amour filial.

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

Chirurgien à l'Hôpital des Enfants-Malades
Officier de la Légion d'honneur

Avec l'expression de toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

A NOTRE MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERRE LEREBOULLET

Qui a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse.

A M. LE DOCTEUR F. SAINTGIRONS

Chef de Laboratoire à l'Hôpital des Enfants-Malades

Avec nos remerciements pour les bons conseils qu'il nous a donnés.

A MM. H. ROUVIÈRE, P. ABRAMI, A. BERGERET, ALGLAVE, BURNIER, L. DEVRAIGNE.

En témoignage de ma grande reconnaissance pour leur sympathique accueil.

SUR UN CAS
DE
TUBERCULOSE VERRUQUEUSE
CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

La tuberculose verruqueuse est une des formes les mieux connues de la tuberculose cutanée.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas d'aspect caractéristique, mais qui présente certaines particularités chez une enfant de 12 ans, dans le service de notre Maître, M. le Professeur agrégé, Pierre Lereboullet, à l'Hôpital des Enfants-Malades, nous avons pensé en faire le sujet de notre thèse.

Après un rapide historique, nous donnerons une brève étude sur la tuberculose verruqueuse en général, puis nous relaterons en détail notre observation personnelle, avec les réflexions qu'elle comporte ; nous résumerons ensuite les diverses observations que nous avons pu relever chez l'enfant, dans la littérature, et nous en déduirons les caractères particuliers qu'on peut assigner à la tuberculose verruqueuse infantile.

HISTORIQUE

Signalée depuis très longtemps par des nombreux dermatologistes, avant 1877 date, où pour la première fois on la trouve nettement individualisée au point de vue clinique, la tuberculose verruqueuse faisait partie du vaste domaine de la scrofule.

Dès 1860, Hardy, dans l'une des premières éditions de son *Traité des maladies de la peau* et plus tard dans ses *Lecons sur la Scrofule et les scrofulides* distingue un groupe de scrofulides malignes dont une variété est la scofulide verruqueuse.

En 1877, Mac Call Anderson, désigne le premier sous le nom de lupus verrucosus ou scrofuloderma verrucosum, une affection dont la description clinique répond bien à celle de la tuberculose verruqueuse de la peau, mais il n'en indique ni la nature, ni la structure.

En 1882, Leloir et Vidal (Comptes rendus de la Société de Biologie) individualisent une forme de lupus : le lupus scléreux.

En 1883, Vidal en fait une étude très complète (*Annales de Dermatologie*). Il l'identifie à la scrofulide verruqueuse de Hardy, au lupus verrucosum ou scrofuloderma verrucosum de Mac Call Anderson. La description clinique et histologique qu'il donne

du lupus scléreux surtout du type superficiel scléreux et papillomateux rappelle en tous points celle qui trois ans plus tard sera faite par Riehl et Paltauf.

C'est en effet Riehl en 1885, puis Riehl et Paltauf en 1886 qui croyant faire connaître une affection nouvelle, donnèrent à cette forme de tuberculose le nom de tuberculose verruqueuse.

Les auteurs observèrent 15 cas.

Pour eux, la tuberculose verruqueuse succède à une inoculation exogène, chez des gens le plus souvent en rapport avec des animaux.

Elle est due à la localisation du bacille de Koch dans les parties superficielles du derme. Elle se caractérise histologiquement par une prolifération papillaire du corps muqueux de Malpighi, des lésions tuberculeuses de la partie superficielle du derme seulement, et par des abcès miliaires constants au voisinage des tubercules. Ces caractères avec l'évolution non ulcéreuse des tubercules, la séparent complètement du lupus vulgaire.

Elle constitue un type clinique spécial avec aspect verruqueux et suppuration interpapillaire constante, avec localisation aux parties découvertes, surtout aux extrémités des membres supérieures.

C'est une forme de tuberculose cutanée essentiellement locale et bénigne, sans tendance à la généralisation lymphatique et viscérale. Les auteurs en rapprochent, d'après l'examen histologique un cas de tubercule anatomique.

Riehl et Paltauf eurent donc le mérite d'attirer

l'attention sur cette affection, tout en méconnaissant d'ailleurs les travaux des auteurs antérieurs, qui avaient décrit, sous des dénominations différentes, les mêmes lésions.

L'observation se porte désormais sur la tuberculose verruqueuse reconnue de plus en plus fréquente à mesure qu'elle est mieux étudiée. De nombreux travaux se succèdent, précisant les conditions étiologiques et les modes d'infection ; les variétés cliniques et les lésions histologiques. Nous ne citerons ici que les plus importants, apportant des faits nouveaux.

En 1887, Brissaud observe un cas pour lequel il propose, d'après son aspect clinique, la dénomination de tuberculose papillomato-crustacée.

Pollosson et Pierret étudient au point de vue histologique et pronostic quatre tubercules anatomiques. Comme ils n'ont trouvé ni cellules géantes, ni follicules tuberculeux, ni bacilles de Koch, et que leurs malades suivis depuis cinq ans ne présentent aucune trace de tuberculose, ils en concluent que tous les tubercules anatomiques ne sont pas forcément et toujours de nature tuberculeuse.

En 1888, Lyot et Gauthier donnent une étiologie nouvelle de la tuberculose verruqueuse : son apparition consécutive à l'ouverture cutanée d'un foyer tuberculeux profond, fistule osseuse. Lefèvre dans sa thèse, *La tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme*, apporte une observation inédite avec propagation lymphatique.

En 1889, Broca, dans une revue générale sur la tuberculose cutanée, assimile la tuberculose verruqueuse survenant chez les sujets sains à un chancre tuberculeux susceptible comme les chancres syphilitiques de se généraliser par la voie lymphatique.

En 1890, Sevestre signale 2 cas chez l'enfant.

En 1894, Etienne fait une étude clinique et anatomopathologique de la tuberculose verruqueuse et distingue deux grands types cliniques : la tuberculose papillaire avec productions cornées et la tuberculose papillomateuse non cornée.

Foubard dans son travail s'il parle de l'ablation au bistouri donne surtout la préférence au grattage.

En 1895, Stieda insiste sur les heureux résultats curateurs et esthétiques obtenus par l'excision des placards des tuberculoses verruqueuses avec greffe de Thiersch lorsque la perte de substance est étendue.

En 1896, Hallopeau, au III[e] Congrès international de dermatologie, présente une étude *Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de peau autres que le lupus vulgaire.* A propos de la tuberculose verruqueuse, comme fait nouveau, il émet l'hypothèse que la suppuration le plus souvent en foyers miliaires se fait par l'intermédiaire de toxines pyogènes dues au bacille de Koch lui-même.

En 1898, Comby s'occupe de la tuberculose verruqueuse infantile.

En 1899, R. Wild publie un travail basé sur 138 cas de tuberculose cutanée dont 13 de tuberculose verruqueuse, sur lesquels, 6 siégeaient sur la ré-

gion fessière d'enfants et étaient dus à des inoculations par les bords des vases de nuit.

Cros, d'après des documents d'Audry indique la généralisation de la tuberculose verruqueuse avec ses différentes étapes et localisations.

En 1901, Lassar envisage les rapports de la tuberculose verruqueuse de l'homme avec la tuberculose bovine.

En 1902, Spronck et Hœfnagel d'une part, Ravenel d'autre part, apportent des faits pouvant démontrer cette inoculation cutanée de tuberculose bovine à l'homme.

En 1907, Henry Moutot dans son remarquable travail sur *La tuberculose verruqueuse de la peau et des muqueuses dermo-papillaires* fait une description anatomo-clinique très détaillée.

LA TUBERCULOSE VERRUQUEUSE EN GÉNÉRAL

Définition

La tuberculose verruqueuse de la peau est une forme de tuberculose cutanée due le plus souvent à une inoculation par voie externe, avec colonisation du bacille de Koch dans le derme, plus particulièrement dans le corps papillaire, la peau réagissant par un état papillomateux.

Etiologie. Fréquence relative.

La tuberculose verruqueuse de la peau relève d'origines diverses. Parfois elle survient chez les sujets sains en contact avec des *animaux tuberculeux*, c'est la *forme primitive*. Elle s'observe en général sur des sujets exerçant la profession de vétérinaire, de boucher, de tripier, etc. Elle siège habituellement aux mains et aux poignets.

L'étude du mode de contamination dans l'inoculation primitive montre qu'autrefois c'est un *sujet tuberculeux* qui est l'origine du bacille dont la pullulation donnera un foyer de tuberculose verruqueuse cutanée.

La fréquence relative de cette inoculation primitive est surtout mentionnée dans les travaux de 1883 à 1891. Ce mode d'inoculation est de beaucoup le plus important, on l'estime aux deux tiers des cas.

Dans la plupart des cas, la tuberculose verruqueuse est d'origine exogène. Le bacille de Koch vient de l'extérieur et inocule le derme à la faveur d'une effraction cutanée.

La tuberculose verruqueuse survient à tout âge, mais elle est plus fréquente à l'âge adulte.

La *forme secondaire* relève de plusieurs mécanismes différents. Elle peut être la suite d'une autoinoculation, que se fait un phtisique en s'essuyant les lèvres du rebord de la main, après avoir craché.

Ainsi s'explique le siège de la lésion, au niveau du premier espace intermétacarpien de la main droite, et sa fréquence chez les sujets pourvus d'une moustache.

Il n'est pas rare qu'une fistule, ayant pour point de départ un foyer tuberculeux sous-cutané ou profond, en s'ouvrant à la peau, l'inocule, soit sous forme de lupus, soit sous forme de tuberculose verruqueuse. C'est en général, à la suite d'adénites cervicales, inguinales, axillaires, épitrochléennes, qu'on observe ces foyers d'inoculation secondaire à la peau ; mais ils peuvent avoir pour origine une fistule consécutive à une ostéite ou une arthrite bacillaire, un abcès tuberculeux périnéal ou à une gomme hypodermique, à une pleurésie purulente ou

même séro-fibrineuse (dans le cas récent de Jeanselme, la tuberculose verruqueuse fut consécutive à une auto-inoculation sous-cutanée du liquide pleural), ou à une épididymite tuberculeuse, etc.

La forme secondaire peut être la conséquence d'une dissémination des bacilles par voie sanguine ou lymphatique. Les traumatismes jouent un rôle accessoire dans l'éclosion des foyers de tuberculose cutanée.

Etude clinique.

La tuberculose verruqueuse de la peau est caractérisée cliniquement par une lésion, avec aspect papillomateux, verruqueux, plus ou moins cornée avec suppuration interpapillaire plus ou moins abondante, mais parfois absente ; avec tendance locale à la régression cicatricielle en un point, centrale surtout, alors que la lésion s'étend le plus souvent par la périphérie. Ce sont là en effet les caractères qui constituent l'unité clinique de l'affection que nous étudions.

Arrivée à la période de complet développement, le placard présente trois zones plus ou moins distinctes :

1° *Une zone centrale*, la plus saillante fait un relief très exubérant pouvant atteindre 1 à 2 centimètres et comprend des papilles très volumineuses. Celles-ci sont le plus souvent, à surface très cornée : elles sont nettement individualisées. Elles se groupent, en général, en petits noyaux, de telle sorte

que toute cette surface centrale est mamelonnée, chaque papille faisant à son tour saillie sur ces mamelons. L'aspect de la lésion à ce niveau est sec et, nous le répétons, surtout corné ; les fissures ne sont que très peu suintantes.

On ne reconnaît plus ni orifices glandulaires ni orifices pileux. Quelques rares poils chez l'homme peuvent persister mais ils sont sans adhérence. A mesure que l'on s'éloigne du centre, l'aspect se modifie, les papilles sont moins exubérantes, elles sont recouvertes d'une couche cornée moins épaisse, elles sont plus humides, du pus sourd assez facilement à la pression.

La lésion prend ainsi peu à peu les caractères de la zone suivante :

2° *La deuxième zone ou zone intermédiaire* entoure la première sur une largeur variable. L'on peut bien y voir des lésions verruqueuses papillaires typiques, mais elles sont rares et fort peu accusées en général. Ce que l'on trouve, c'est une zone d'infiltration un peu violacée, plus ou moins empâtée, avec une série de petits noyaux durs, parfois avec hyperkératose et squames sèches, mais le plus souvent parsemés de nombreuses petites ulcérations arrondies, miliaires, recouvertes de croûtelles. C'est à ce niveau, surtout à la limite de la zone centrale, que la pression donne le pus en plus grande abondance. C'est là, en somme, la véritable zone d'envahissement de la lésion, zone pustuleuse par agglomération d'abcès miliaires.

Il est intéressant d'étudier le développement des végétations papillaires sur cette zone d'extension et de voir, qu'à part quelques cas exceptionnels, elles ne sont jamais précédées de nodules lupiques typiques, si facilement reconnaissables par leur coloration jaune sucre d'orge persistante à la vitropression.

3° *La zone externe est érythémateuse* et tranche le plus souvent franchement sur la peau voisine. Toutefois, il y a une dégradation progressive sans limite nette entre les deux. Dans les périodes d'activité de la lésion, la coloration de cette zone se fonce et prend elle-même une teinte rouge violacé, inflammatoire.

Parfois, une très fine desquamation s'observe à sa surface. Ces trois zones ne peuvent pas toujours être aussi nettement individualisées ; rien d'ailleurs n'établit une ligne de délimitation fixe entre elles. Le plus souvent, les deux externes se confondent.

Parfois, la zone centrale seule existe, une masse papillomateuse cornée s'élevant directement d'une peau saine autour, et n'étaient les examens histologiques et bactériologiques de la lésion, l'on croirait tout à fait à une verrue cornée.

Autres symptômes. — La plaque verruqueuse ainsi constituée donne à la palpation une sentation de dureté superficielle, surtout quand les productions papillomateuses cornées sont très développées ; mais à sa partie profonde ou à sa périphérie, l'on trouve plutôt de l'empâtement. Cette plaque

est parfaitement mobile sur les plans profonds et rien cliniquement ne laisse prévoir la profondeur des lésions trouvées lors des interventions et des excisions.

Les troubles fonctionnels entraînés par la plaque verruqueuse primitive et jeune sont de peu d'importance, évidemment variable avec le siège : une plaque de l'avant-bras ou du bras n'amènera aucune gêne, tandis que sur les articulations des doigts elle en limitera les mouvements.

Les *symptômes subjectifs* observés au niveau des plaques de tuberculose verruqueuse sont eux aussi peu importants. On a signalé parfois des démangeaisons au niveau de la plaque ou dans son voisinage, parfois un peu de douleur, mais dans la généralité des cas, la lésion n'est le siège d'aucune sensation douloureuse spontanée. Riehl et Paltauf avaient signalé comme constante une douleur à la pression, signe qui à la suite se trouve rapporté à la plupart des descriptions des traités.

Evolution de la plaque verruqueuse.

Il est rare d'avoir l'occasion de suivre complétement celle-ci au niveau d'une plaque primitive de tuberculose verruqueuse.

Après un temps plus ou moins long, débute, au point où le bacille a colonisé dans le derme, une petite lésion intra-dermique, papuleuse, peu saillante, elle-même légèrement cornée ou squameuse, à bord

violacé. Ce petit nodule, dur le plus souvent, s'abcède, il se creuse en une petite ulcération à la surface de laquelle se développe des végétations papillaires plus ou moins cornées.

Parfois c'est une petite zone érythémateuse, persistant depuis longtemps, qui se recouvre dans la suite de pustulettes et évolue au type papillomateux. D'autres fois c'est un petit noyau dur, corné qui est la lésion initiale, la suppuration au début manque ou passe inaperçue. La lésion progresse peu à peu avec un épaississement de plus en plus marqué de la couche cornée, puis elle se lobule et ce n'est que secondairement que des fissures isolent ses différentes papilles.

On a donc une petite lésion papillomateuse de la surface d'une lentille à une pièce de cinquante centimes. La lésion peut dès lors rester en cet état fort longtemps stationnaire; petite verrue dont le malade ne s'occupe guère, qui souvent régresse ou, au contraire, subit de petites poussées inflammatoires s'abcédant et se papillomatosant. Le plus souvent, la lésion s'étend d'une façon progressive excentriquement tandis que le centre s'affaisse et se transforme en une cicatrice d'abord violacée puis blanche, à surface ponctuée ou réticulée. En somme, dans son évolution locale, la plaque de tuberculose verruqueuse a une marche essentiellement lente : ce n'est qu'en des temps fort longs qu'elle subit les modifications que nous avons indiquées. C'est une lésion tout à fait chronique. Il est fréquent de la trou-

ver persistant depuis de très nombreuses années.

Assez souvent, la plaque verruqueuse ne reste pas isolée, et l'on constate tout autour d'elle ou dans son voisinage, des placards secondaires, aux différents stades que nous avons décrits dans l'évolution de la plaque primitive. S'il est possible de les expliquer par une propagation de voisinage, par voie lymphatique, veineuse ou par continuité, l'on peut, nous semble-t-il, avec plus de raison, admettre qu'ils sont dus, dans la majorité des cas, à une auto-inoculation externe secondaire.

OBSERVATION (Personnelle).

Tuberculose verruqueuse du genou.

Enfant Germaine M..., âgée de 12 ans, née à Paris et l'ayant toujours habité, entre Salle Labric le 8 juin 1927 pour une lésion verruqueuse du genou gauche.

Cet enfant, orpheline, prétend avoir cette lésion depuis sa naissance ou tout au moins depuis la première enfance. Sa mère adoptive est également affirmative sur ce point.

La mère de l'enfant est morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de 43 ans, en 1921, alors que la fillette avait 6 ans. Une sœur de la malade est morte de méningite tuberculeuse à 12 ans, en 1920, et cette sœur avait eu, elle aussi, une lésion verruqueuse étendue au coude gauche remontant à la première enfance. Le père est mort d'un abcès au foie, en 1923.

L'enfant, à part quelques fièvres éruptives (rougeole à 4 ans, varicelle à 6 ans, scarlatine à 7 ans et demi n'a jamais

eu aucune affection importante et n'a notamment présenté aucune manifestation pleuro-pulmonaire quelconque.

A l'entrée, l'attention est attirée avant tout par la lésion du genou gauche que reproduit assez nettement la photo-

graphie ci-jointe. C est une large plaque hérissée de saillies papulo-croûteuses siégeant sur la face antérieure du genou gauche de dimensions énormes (environ 12 centimètres de diamètre).

Cette plaque unique, est polylobée : chaque lobe étant

séparé de l'autre par un sillon assez profond, véritable fissure dont le fond est rougeâtre et couvert de petites squames.

Chaque lobe est saillant dépassant de 1 centimètre environ la peau avoisinante, plus ou moins hémisphérique ou polygonale convexe ; la surface de ces papilles hypertrophiques est recouverte d'une épaisse couche cornée brunâtre donnant au doigt une sensation de rugosité rapeuse.

Chaque lobe adhère à la peau sous-jacente, mais est mobile sur les plans profonds.

L'articulation du genou est absolument normale.

Toutes ces saillies papillo-croûteuses ne sont pas de la même grandeur ; les plus volumineuses sont celles de la périphérie.

Les fissures intermédiaires, laissent sourdre par endroits, quelques petites gouttelettes de pus à la pression (Remarquer d'ailleurs que notre petite malade était venue consulter pour une légère suppuration survenue au milieu de la plaque cornée, ordinairement sèche ; suppuration apparue à la suite d'une chute sur le genou). A la partie externe de la plaque, on aperçoit à la place d'une croûte tombée récemment un épiderme rouge recouvert de petites squames et de nodosités peu surélevées, disposées en arc de cercle à la périphérie, mais où la vitro-pression ne met pas en évidence de nodules lupiques typiques.

Ces végétations se détachent d'ailleurs assez facilement.

La peau avoisinante de la plaque est normale.

Aucun trouble subjectif au niveau de la plaque.

L'exploration de l'aine montre une *adénopathie* gauche manifeste, sans péri-adénite ; il y a là trois à quatre gros

ganglions verticalement disposés des plus nets, un peu durs et indolores.

Tous les autres appareils sont sains et on ne relève rien au niveau des poumons. La radiographie permet toutefois de mettre en relief une adénopathie trachéo-bronchique bilatérale, avec ganglions calcifiés assez nombreux.

La cuti-réaction pratiquée à deux reprises, est fortement positive avec auréole inflammatoire précoce et intense.

La lésion qui importune la malade par son étendue s'est développée progressivement d'une façon lente, de la taille d'une pièce de 50 centimes aux dimensions actuelles.

Les résultats de l'histologie pathologique.

Aussitôt après l'intervention, un fragment est prélevé, fixé dans le liquide de Bouin aux fins d'examen histologique.

A la coupe, il s'agit d'un fragment assez friable dans sa partie profonde qui se delite au microtome.

A un faible grossissement on constate que la coupe intéresse à la périphérie la peau, dont l'épithélion est épaissi et les papilles très hypertrophiées ; au-dessous, les tissus sont infiltrés de cellules lymphoïdes qui n'ont pas la disposition en tubercules, mais qui sont parsemées irrégulièrement de *très nombreuses cellules géantes* : plus profondément se trouve un tissu fibreux, enfin dans la profondeur existe un tissu adipeux à mailles lâches.

A un plus fort grossissement, on peut préciser les lésions des différentes couches.

1° *Epiderme.* — Hypertrophie totale portant aussi bien

sur la couche cornée que sur le corps muqueux de Malpighi. En certaines régions correspondant aux zones d'infiltrations lymphoïdes, la basale est irrégulière;

2° *Derme*. — Les papilles sont hypertrophiées dans tous les sens, et dans le derme existe une infiltration lymphoïde diffuse à disposition irrégulière parsemée de très nombreuses *cellules géantes*, dont quelques-unes sont disposées en amas.

Les glandes sébacées sont conservées dans certaines régions ainsi que les follicules pilleux.

Les vaisseaux sont le siège d'endo et péri-artérite, quelques-uns sont obstrués.

La recherche du bacille de Koch après coloration par Ziehl à froid durant vingt-quatre heures s'est montrée négative.

Nous désirons souligner quelques particularités intéressantes de cette observation :

La précocité du début et le caractère familial. — Le début de l'affection a été chez notre petite malade remarquablement précoce : congénital s'il faut en croire ses dires et ceux de sa mère adoptive, en réalité remontant aux premiers mois de la naissance ; dès que l'enfant a pu se traîner par le sol elle a pu se contaminer par contact avec les expectorations de sa mère, qui devait mourir de tuberculose pulmonaire six ans après sa naissance. C'est de la même façon que la sœur de notre malade a contracté une tuberculose verruqueuse siégeant au niveau du coude gauche.

Les particularités cliniques de la lésion. — La plaque est unique et les végétations papillaires sont tres exubérantes, dépassant de 1 et 2 centimètres le niveau de la peau avoisinante avec production cornée très développée ; elles

restent séparées les unes des autres par des sillons profonds constituant le type papillo-corné ou le type papillo-crustacé.

Les fissures très marquées constituent de véritables sillons d'où il sort quelques gouttelettes de pus à la pression, mais qui sont généralement sèches.

Il n'y a pas de démarcation nette entre les trois zones.

L'adénopathie similaire. Les dimensions et leur torpidité.

La nature tuberculeuse de la plaque verruqueuse d'inoculation primitive est hors de doute : les recherches histologiques le démontrent. Le bacille de Koch, d'abord localisé à son niveau, peut donc remonter par la voie lymphatique de l'extrémité à la racine du membre. Chemin faisant, il inocule les lymphatiques, les ganglions ou les deux à la fois.

L'adénite est la complication lymphatique de beaucoup la plus fréquente : elle est presque constante; cette adénite existe en l'absence de toute lymphangite superficielle tronculaire ou nodulaire, et l'on ne perçoit sur le trajet des lymphatiques aucun cordon épaissi et inflammé, aucune rougeur.

Chez notre malade existe un engorgement des ganglions au niveau de l'aine gauche, il y a là trois à quatre gros ganglions verticalement disposés des plus nets. Une fois apparus, ils sont restés très longtemps stationnaires sans présenter des poussées subaiguës ; ils sont dans un état torpide, sans empâtement ni transformation caséeuse. Le sujet étant antérieurement indemne de toute tuberculose, il s'en trouve désormais infecté localement, comme l'est au début le syphilitique par son chancre. Celui-ci fatalement et

d'une façon précoce, va donner une infection lymphatique et généralisée.

Dans la tuberculose, au contraire, la généralisation n'est pas absolument fatale, le bacille de Koch pouvant être arrêté dans les lymphatiques ou les ganglions.

Mais elle est toujours susceptible de se produire avec toute la gravité pronostique qu'elle comporte.

La nécessité d'une thérapeutique aussi précoce que rapide et radicale s'en déduit.

L'état des poumons.

Si l'examen physique des poumons ne relève rien d'anormal chez notre petite malade. La radiographie permet de mettre en relief une adénopathie trachéo-bronchique bilatérale avec ganglions calcifiés assez nombreux qui prouve la réalité de cette généralisation, par voie lymphatique, du bacille de Koch. Tous les autres appareils sont sains. L'Etat général est parfait.

Les bons résultats du traitement chirurgical.

Le 5 juillet 1927 on circonscrit la lésion en passant en tissu sain. On l'extirpe ensuite en râclant le plan aponévrotique.

On a donc enlevé en masse la plaque et les tissus cellulo-graisseux sous-cutanés. Il est impossible de combler la perte de substance en rapprochant transversalement les bords de la plaie, on fait alors une greffe indienne prélevée sur la face antérieure de la partie inférieure de la cuisse, et par enjambement du pédicule on l'amène sur la brèche que l'on peut ainsi combler.

On suture facilement la peau au niveau du prélèvement de la greffe.

Le 16 juillet, on enlève les fils, la malade va très bien au point de vue général. L'engorgement ganglionnaire a diminué de volume.

Quelques jours après la malade est sortie guérie de l'hôpital.

Autres observations de tuberculose verruqueuse infantile.

Observations II et III (In *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, séance du 11 avril 1890).

M. Sévestre, présente deux enfants atteints de tuberculose cutanée.

Le premier est un garçon de 9 ans 1/2, qui porte sur différents points du corps, des lésions cutanées dont le type le plus complet se trouve sur la face dorsale des deux mains.

En ce point, spécialement du côté gauche, on constate une tuméfaction dont le centre est occupé par une croûte brunâtre, fendillée, recouvrant une surface papillomateuse humide mais non ulcéreuse. La zone voisine est d'un rouge violacé recouverte par places de squames assez fines.

En outre, on constate sur cette zone, quelques nodules (tubercules) dont le volume varie depuis celui d'un petit grain de mill jusqu'à celui d'un grain de chenevis ; plus loin, en remontant vers la racine du membre, on rencontre aussi un certain nombre de noyaux plus volumineux, au niveau desquels la peau est légèrement squameuse.

Les ganglions épitrochléens et axillaires sont notablement

tuméfiés, mais indolents. Du côté droit, les lésions ont une apparence analogue, mais les nodules sont moins nombreux.

On trouve encore des lésions du même genre sur le bord cubital du poignet droit et sur le dos du pied gauche. Le malade présente également, au-dessous de la région parotidienne droite, une ulcération recouverte d'une croûte brune et qui siège au-dessus d'un gros ganglion ; enfin, sur différents points du membre inférieur, et dans la région sus-hyoïdienne, on trouve des cicatrices plus ou moins anciennes, dont les unes ont certainement succédé à des éliminations des ganglions, dont les autres peuvent être les stigmates de lésions tuberculeuses de la peau guérie aujourd'hui.

L'examen bactériologique, pratiqué sur les lésions du dos de la main a relevé l'existence de bacilles tuberculeux rares, mais très nets ; les poumons sont sains, et l'apparence générale du petit malade est très satisfaisante. Ce cas paraît être un bel exemple de la lésion décrite par Riehl sous le nom de tuberculose verruqueuse.

La seconde malade est une petite fille de 6 ans 1/2, qui présente aussi des lésions du même genre, mais moins franchement papillomateuses ; il existe plusieurs plaques, mais la plus importante se trouve sur le bord cubital de la main gauche, et confine à une dépression aboutissant à une lésion du cinquième métacarpien et de la phalange correspondante.

Dans ce cas aussi, les ganglions sont tuméfiés et l'on a constaté l'existence des bacilles.

M. Comby (In *Archives de Médecine des Enfants*, décembre 1898 décrit 5 cas de tuberculose verruqueuse chez l'enfant).

Observation IV. — Deux enfants (frère et sœur) atteints de tuberculose cutanée. Chez l'une lupus de la joue ; chez l'autre, tubercules verruqueux des mains et bras. Cautérisation au thermocautère. Résultat favorable.

Garçon de 3 ans et fillette de 2 ans, nourris au biberon et rachitiques (février 1898). Le père âgé de 40 ans, est tuberculeux au dernier degré, et crache partout dans l'étroit appartement où il habite avec ses enfants. Il a déjà perdu un enfant de 15 mois (affection broncho-pulmonaire) et un autre de 3 jours (convulsions).

Un fils aîné, 15 ans, venu au monde avant la tuberculose paternelle, se porte bien.

Le petit garçon de 3 ans qui nous est amené, assez bien portant en apparence, ayant eu la rougeole il y a six mois, présente, depuis huit mois, 15 foyers de tuberculose verruqueuse disséminés sur les dos des mains et des doigts, sur la face palmaire, les poignets et les coudes. Ces lésions de dimensions inégales, sont saillantes, papillomateuses, noircies par les poussières, douloureuses au toucher, suintantes par la pression. Je les cautérise toutes au thermocautère et la guérison ne se fait pas atttendre.

Observation V. — Garçon de 2 ans 1/2. Tubercules verruqueux multiples des membres supérieurs. Papules lichenoïdes disséminées des membres inférieurs. Cautérisation des foyers tuberculeux. Guérison.

C... Maurice, âgé de 2 ans 1/2, entre à l'hôpital le 11 janvier 1898. Père âgé de 37 ans, bien portant. Mère, 36 ans, également bien portante, aurait eu une fausse-couche. Un frère de 4 ans 1/2 bien portant.

Le petit malade a été nourri au sein, par sa mère, jusqu'à 11 mois, puis alimenté avec des œufs, panades, etc.

Première dent à 4 mois, marche à 14 mois.

Au moment du sevrage, diarrhée et convulsions. Il y a six mois, rougeole suivie de toux persistante. On le conduit à l'hôpital à cause de sa toux qui parfois est quinteuse et suivie de vomissements.

Douleur dans l'oreille droite. Depuis six mois, lésions cutanées indolentes, qui n'ont pas inquiété l'entourage.

Etat actuel. Enfant pâle, anémique, présentant une légère déformation rachitique du thorax. Voix un peu rauque, quelques râles disséminés à l'auscultation.

En somme légère bronchite, qui sous l'influence du repos au lit, n'a pas tardé à disparaître.

On remarque, au niveau des mains et des avant-bras, des éléments verruqueux, de volume inégal, de forme irrégulière, papillomateux, noirâtres, creusés de sillons profonds, douloureux à la pression qui fait suinter un liquide sanieux et puriforme. On compte, au niveau des doigts, du poignet, de la face palmaire du côté gauche, 12 éléments verruqueux disséminés sans ordre. A la main droite, on compte 12 éléments semblables. A la face dorsale du coude, on en voit un de chaque côté; recouverts de squames, psoriasiformes. Sous les croûtes et les squames, on aperçoit des plaques rouges violacées, lupiformes. Au niveau des jambes, des mollets, de la face dorsale des pieds, on voit des éléments miliaires, aplatis, d'un jaune grisâtre, d'apparence lichénoïde, ne ressemblant pas du tout aux tubercules verruqueux signalés plus haut, quoiqu'ils puissent avoir la même origine. Il est évident que nous sommes en présence d'une

tuberculose verruqueuse typique, contractée par inoculation directe. Nous commençons par ramollir les papillomes, très durs et très cornés, avec des rondelles d'emplâtre de Vigo, puis nous cautérisons chaque élément avec la pointe du thermocautère portée au rouge sombre. Après deux séances de cautérisation, faites à huit jours d'intervalle, les tubercules sont détruits sauf deux ou trois foyers qu'il a fallu brûler plusieurs fois.

L'enfant est bientôt complètement guéri et il peut sortir de l'hôpital le 20 février 1898; après quarante jours de séjour. Au moment de la sortie, il ne présente plus aucun signe de bronchite, son état général est excellent, il a engraissé de 700 grammes. Quoiqu'il eût été soupçonné de tuberculose pulmonaire et trachéo-bronchique, l'enfant semble indemne de tuberculose viscérale.

Observation VI. — Fille de 2 ans. Tuberculose verruqueuse de la face externe du premier métatarsien droit. Gomme suppurée à la face interne du bras droit. Cautérisation au thermocautère.

A... Jeanne, âgée de 2 ans, entre à l'hôpital le 8 juin 1897. Son père, âgée de 42 ans, est atteint de bronchite chronique. Sa mère est morte à 37 ans de phtisie pulmonaire. Deux enfants morts, quatre autres vivants.

Nourrie au sein, puis au biberon à tube, la fillette ne marche pas encore, elle est rachitique. Depuis quelque temps elle est faible, pâle, maigre, présente une otorrhée droite, tousse souvent. C'est pour cela qu'on l'amène à l'hôpital, mais on ne s'est pas préoccupé des lésions cutanées qu'elle porte.

Déshabillée, l'enfant apparaît très amaigrie, avec un thorax enfoncé sur les côtés, proéminent en avant. Desquamation lingale. A la face interne du bras droit, on note la présence d'une tuméfaction arrondie, grosse comme une noisette, fluctuante et indolore ; c'est une gomme tuberculeuse suppurée. Au côté droit de la vulve, vestiges d'une autre gomme suppurée et vidée aujourd'hui. Enfin, à la face externe du premier métatarsien du même côté, on trouve une sorte de petit macarron verruqueux, qui n'est autre qu'une tuberculose verruqueuse.

Cette enfant présente donc des lésions unilatérales de même nature, qui sont, de haut en bas : otorrhée, gomme du bras, gomme génito inguinale, tuberculose verruqueuse du pied.

Cette dernière localisation a été aisément détruite par le thermocautère ; des rondelles d'emplâtre de Vigo ont été appliquées sur les gommes, l'otorrhée a été irriguée. Bains salés tous les jours. L'enfant allait mieux quand elle a été prise de rougeole, nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

Observation VII. — Tubercules cutanés multiples avec gomme scrofulo-tuberculeuse chez un garçon de 6 ans 1/2. Raclage et cautérisation au galvanocautère. Guérison.

Un petit garçon de 6 ans 1/2, pâle et de faible complexion, m'est présenté par sa grand'mère le 18 mars 1899, au dispensaire de la Société Philantropique. Père et mère bien portants ainsi qu'une sœur de 8 ans 1/2, une autre sœur morte à 22 mois de méningite tuberculeuse.

L'enfant a eu la rougeole il y a deux ans, et c'est à la suite de cette maladie, que les lésions cutanées se sont développées.

On voit, sur la face dorsale du pouce gauche et de la phalangine du médius du même côté, sur la face dorsale de la cinquième articulation métacarpo-phalangienne, sur la face palmaire du poignet droit, des productions verruqueuses ayant toutes la même forme. Elles reposent sur une base violacée, livide ; elles sont dures, papillomateuses, sillonnées d'anfractuosités profondes. Elles rappellent tout à fait le tubercule anatomique. Ce qui confirme encore la nature tuberculeuse de ces tumeurs, c'est la présence simultanée, sur l'avant-bras droit, d'une tumeur arrondie, dure, sous-cutanée, avec adhérences de la peau, et qui bien certainement est une gomme scrofulo-tuberculeuse. Donc, il existe, chez cette enfant, à la fois une gomme tuberculeuse et 4 tubercules cutanés des mains.

L'enfant, ayant été râclé et cautérisé, fut guéri en une fois.

Observation VIII. — Gommes scrofulo-tuberculeuses multiples et tubercules verruqueux chez une fillette de 7 mois 1/2.

Une petite fille, née le 7 juin 1893, est apportée le 24 janvier 1894 au dispensaire pour des lésions multiples de la peau de nature tuberculeuse.

Il y a quatre mois, on s'est aperçu de la présence de nombreuses petites tumeurs dures et arrondies au niveau des fesses et de la région dorsale. Il en reste encore actuellement quatre analogues à des pois enchassés dans le derme. Ce sont de véritables gommes tuberculeuses. A la suite de l'apparition des gommes, dont on put en compter une vingtaine, se sont montrés des tubercules cutanés au

niveau des mains ; il en existe 19 en tout, dont voici le siège :

Main gauche : 8 tubercules verruqueux, dont quelques-uns recouverts de croûtes noires et épaisses, placés sur la face dorsale du poignet (1 tubercule), de la main (2 tubercules), des doigts (2 à l'index, 1 au médius, 2 au petit doigt). Ces tubercules sont durs, cornés.

Main droite : 11 tubercules, dont 4 sur la face dorsale de la main, 2 sur le pouce, 2 sur le médius, 1 sur l'annulaire, 2 sur le petit doigt. Ce dernier tubercule, inséré sur la première phalange du petit doigt est remarquable par sa transformation cornée ; sa base est en effet surmontée d'une véritable production cornée, dure, et de forme conique.

C'est la première fois que je rencontre une telle multiplicité de tubercules verruqueux. De plus l'enfant porte, au coude droit, des lésions d'ostéo-arthrite tuberculeuse. Elle présente, concurremment avec toutes ces lésions, un état atrepsique, sans diarrhée et un gros ventre ; de plus elle tousse et l'auscultation fait entendre des râles muqueux abondants en arrière.

D'où vient cette tuberculose tégumentaire disséminée et pourquoi a-t-elle débuté à un âge aussi tendre (les gommes ont été notées à l'âge de 3 mois ou 3 mois 1/2) ? La contagion va nous répondre.

Si la mère, âgée de 31 ans, est bien portante et a nourri, avec succès, quatre enfants bien portants (filles de 9 ans, de 7 ans, de 4 ans, de 2 ans 1/2), le père est mort le 27 juin 1893, à l'âge de 39 ans de tuberculose pulmonaire (toux, hemoptysie, crachats purulents). Il était charretier, non alcoolique. Sa maladie datait de neuf mois et demi.

L'enfant atteint de tuberculose verrruqueuse avait donc été conçue pendant la maladie du père puisqu'elle est née peu de jours avant sa mort. Les quatre autres enfants, nés avant le début de cette maladie, sont restés indemnes.

J'ajoute que notre petite tuberculeuse n'a tété que pendant quinze jours et qu'elle a pris ensuite du lait stérilisé au biberon.

Dans ce cas de tuberculose infantile, si précoce, on peut se demander si la maladie n'a pas été congénitale et si l'enfant n'est pas venue au monde déjà tuberculisée. Mais il serait téméraire d'affirmer la chose ; c'est beaucoup déjà de la considérer comme possible ou probable.

Par contre, il est logique d'incriminer la contagion, l'enfant étant née pendant les derniers jours de la maladie paternelle, c'est-à-dire à une époque où il rejettait des crachats et des produits infectants.

MM. Perrin avec M. Goepfert (in *Archives de Médecine des Enfants*, septembre 1902, p. 549), apportent deux nouveaux cas et signalent la rareté de cette affection :

Observation XI. — Tuberculose verruqueuse du talon.

Emilie N..., est âgée de 10 ans ; son père (55 ans) et sa mère (45 ans) sont bien portants ; elle a quatre frères et sœurs en bonne santé. Dans ses antécédents, nous ne relevons que la rougeole à l'âge de 7 ans. Il y a un an, elle eut au talon droit une écorchure provoquée par son soulier, la plaie resta « saignante » pendant quelques mois, puis se recouvrit, il y a huit mois environ de « croûtes » que des

cataplasmes ne purent faire tomber. Cette lésion, devenue papillomateuse, a depuis lors augmentée progressivement, ce qui décide les parents à l'amener au Service des Enfants, le 23 avril 1901.

C'est une fille bien constituée, son état général est très bon, elle ne tousse pas, elle mange bien ; l'exploration des régions ganglionnaires, et notamment de l'aine, ne révèle aucune adénopathie ; auscultation négative. Au talon droit, au niveau de la face postérieure du calcanéum, sur le bord externe du tendon d'Achille, existe un placard verruqueux de la dimension de la pièce d'un franc, constitué par des papillomes cornés au nombre de huit à dix reposant sur une base ferme de couleur rouge violacé qui forme un liseré débordant de 2 millimètres le pourtour de ce placard.

On pratique le 26 avril 1901 un curetage du placard verruqueux, suivi de pansement iodophormé ; quand l'enfant quitta l'hôpital au début du mois de mai la plaie opératoire était en bonne voie de guérison.

Les débris provenant du curettage avaient été aussitôt inoculés aseptiquement dans la cavité péritonéale d'un cobaye. Deux mois après (nuit du 26 au 27 juin), cet animal qui maigrissait depuis deux ou trois semaines succomba. Voici les résultats de son autopsie : la paroi abdominale sur le trajet de la plaie d'inoculation présente quelques nodules gros comme des têtes d'épingle, tous caséeux ; des adhérences au centre desquelles est une masse caséeuse englobent le cæcum et plusieurs anses grêles ; tous les viscères sont criblés de granulations grisés.

Observation X. — Tuberculose verruqueuse du poignet. Mathilde X..., âgée de 3 ans est amenée à la consultation

le 7 novembre 1901. Fille unique bien constituée, née de parents bien portants, elle n'a eu aucune maladie antérieure. Depuis environ un an, elle porte à la face palmaire du poignet droit une petite masse rouge de la dimension d'une pièce de vingt centimes, qui serait stationnaire depuis le début. Cette lésion est d'apparence papuleuse, à base un peu indurée ; sa surface est aplatie, couronnée par une petite carapace épidermique cornée, d'aspect verruqueux, ne la recouvrant qu'environ dans ses deux tiers et laissant voir sous forme d'auréole le fond rouge. La pression ne provoque pas de douleurs ; cette petite lésion saignerait au moindre choc.

On procède immédiatement au râclage qui permet de recueillir une petite masse grosse comme une lentille qui est inoculée au cobaye.

Un traitement consistant en application de collodion iodé est institué. Quinze jours après (dernière consultation où la malade avait été amenée) la lésion semblait rétrocéder.

Le cobaye inoculé meurt le 17 janvier 1902. On ne constate rien au point d'inoculation, mais les organes présentent les lésions banales de la tuberculose expérimentales des cobayes.

LA TUBERCULOSE VERRUQUEUSE DE L'ENFANT

Les observations que nous venons de relater permettentd'indiquer quelques particularités sur l'apannage de la tuberculose verruqueuse de l'enfant.

Fréquence. — L'affection est assez rare chez l'enfant, peut-être parce qu'à cet âge les inoculations tuberculeuses sont moins fréquentes mais surtout parce qu'elles prennent la forme ulcéreuse ou gommeuse, laquelle aussi après nous le verrons, coexiste assez souvent avec la forme verruqueuse.

Age. — La tuberculose verruqueuse peut se manifester à tout âge ; elle peut débuter dans les premières semaines de la vie, comme dans notre cas personnel et M. Comby se demande même, à propos d'un des malades qu'il a suivi (obs. VIII), si la tuberculose verruqueuse ne peut pas être congénitale.

Siège. — Les lésions de la tuberculose verruqueuse peuvent atteindre toutes les parties du corps : membres supérieurs, fesses, etc.

Elles atteignent, chez l'enfant avec une fréquence plus grande que chez l'adulte, les membres inférieurs, ce qui s'explique très bien par ce fait que les nourrissons se traînent durant des mois sur un sol

contaminé et inoculent ainsi leurs malléoles, leurs genoux ou leurs cuisses.

Nombre de lésions. — Il n'est pas rare que la tuberculose verruqueuse ne comporte qu'un foyer comme dans notre cas personnel. Plus souvent il existe des foyers multiples, dont le nombre le plus élevé semble être celui de 19 de l'observation VII (Comby).

Aspect. — La tuberculose verruqueuse se manifeste sous le même aspect chez l'enfant que chez l'adulte. Mais souvent, dans le jeune âge on voit exister des lésions typiques de tuberculose verruqueuse, des gommes scrofulo-tuberculeuses uniques ou multiples, fermées ou suppurées, qui démontreraient s'il en était besoin, la nature tuberculeuse de l'affection.

Mode d'inoculation. — La tuberculose verruqueuse est due chez l'enfant à une inoculation exogène de produits tuberculeux provenant de l'entourage, et particulièrement des parents.

Ainsi que le fait remarquer Comby, l'enfant ne crache pas, aussi est-il inoculé par les crachats d'autrui. La multiplicité des foyers s'explique souvent par la multiplicité des inoculations ou bien par le fait que l'enfant se gratte et s'auto-inocule, dans d'autres cas il peut y avoir propagation, sur un même membre par voie lymphatique.

Tantôt l'inoculation se fait à la faveur d'une plaie qui « saignait » au talon dans l'observation IX ; tantôt et le plus souvent, le bacille de Koch pénètre

à la faveur d'une de ces érosions communes qui sont si fréquentes au niveau des téguments, non seulement des mains, mais aussi des fesses puisque Wild a rapporté 6 cas de tuberculose verruqueuse de l'enfant consécutives à l'inoculation directe des fesses par le bord du vase de nuit.

Un point important dans l'étiologie de la tuberculose verruqueuse est l'influence sur son apparition des maladies éruptives en général, et plus particulièrement de la rougeole, qu'on retrouve dans la majorité des observations.

Pour expliquer ces tuberculoses cutanées, post-exanthématiques, deux grandes théories ont été données. Les uns invoquent une origine exogène et font remarquer le bon état général des enfants : les fièvres éruptives n'ont pour rôle que de mettre la peau dans les conditions d'inoculation les plus favorables ; les autres croient à une origine hématique, l'enfant est le plus souvent un tuberculeux en activité ou latent, la fièvre éruptive mobilise le bacille, qui va se localiser aux lieux de moindre résistance de la peau créés par l'éruption.

CONCLUSIONS

La tuberculose verruqueuse n'est pas très rare dans l'enfance. Elle y résulte d'inoculations exogènes dues à l'entourage et surtout aux parents.

Elle se caractérise par des foyers, uniques ou multiples, de tuberculose verruqueuse, d'aspect normal, coexistant souvent avec des gommes scrofulo-tuberculeuses ouvertes ou fermées.

Ces lésions ne retentissent pas, à l'ordinaire, sur l'état général ; il s'agit de tuberculose locale qui du point de vue thérapeutique guérissent assez facilement soit par cautérisation, soit par exerèse chirurgicale.

Vu : Le Président de la thèse,
OMBRÉDANNE.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson (*Mac Call*). — Lupus verrucosis (Lecture XVI on Clinical medecin, p. 220-224, 1877).

Audry et Dalous. — Sur le tubercule des anatomistes (Journal des maladies cutanées, juillet 1903 ; Société de dermatologie, 10 avril 1903 ; Ann. de dermatologie et syphiligraphie, 1903).

Brissaud. — Tuberculose cutanée (Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, 1887).

— Etude sur la tuberculose locale (Archiv. gén. de méd., 1887).

Brissaud et Gilbert. — Tuberculose papillomato-crustacée (Soc. méd. Hôp. Paris, 1887-1889).

Broca. — Tuberculose cutanée (Gaz. heb., 1889 ; Traité de chirurgie Dupley et Reclus, 1897).

Brocq (*L.*). — Traitement des maladies de la peau, 1921.

Comby. — Tubercules cutanés multiples (Ann. de dermat., 1889).

— Cinq cas de tuberculose verruqueuse chez des enfants (Arch. de Méd. des Enfants, décembre 1889).

Cros. — De la tuberculose viscerale généralisée consécutive aux tuberculoses cutanées. Thèse Toulouse, 1898-1899.

Darier. — Traité de Dermatologie.

Dubreuilh. — Tuberculoses cutanées (Traité des Maladies des enfants. Grancher, Comby, Marfan, 2e édition, 1906).

Dubreuilh et Auche. — De la tuberculose cutanée primitive

par inoculation directe (Archives de Médecine expérimentale, 1890).

Etienne. — Etude clinique, anatomo-pathologique et pathogénique sur la tuberculose verruqueuse (Revue Médicale de l'Est, 1894).

Foubard. — Etude sur le traitement du lupus des membres et en particulier du lupus verruqueux par le râclage et l'ablation au bistouri. Thèse Paris, 1894-1895.

Gaucher. —Tuberculose verruqueuse (Traité des maladies de la peau, 1895 ; Leçons cliniques, 1906).

Gaucher et Druelle. — Quelques cas de tuberculoses cutanées consécutives à la rougeole (Gaz. des Hôpitaux, 23 mai 1905).

Hallopeau. — Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire (Ann. de dermat. et syphil., 1896).

Hardy. — Leçons sur les maladies de la peau, 1858.

— Traité des maladies de la peau, 1860.

Jeanselme. — De l'inoculation secondaire de la peau par des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds (Congrès de la Tuberculose, 1888).

— Inoculation secondaire à la peau (Ann. de dermat. et syphil., 1889).

— De l'inoculation et de l'auto-inoculation tuberculeuses consécutives aux plaies par morsures (Recherches expérimentales et cliniques de la tuberculose, 1892).

— La tuberculose verruqueuse. Auto-inoculation sous-cutanée de liquide pleural suivie de l'apparition de foyers multiples (Revue Médicale Universelle, juin 1927).

Lassar. — La tuberculose verruqueuse de la peau et ses rapports avec la tuberculose bovine (Soc. Méd. de Berlin, 28 décembre 1901).

Lefèvre. — Sur la tuberculose par inoculation cutanée. Thèse Paris, 1888.

Leloir. — Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes. Paris, 1892.

Lousteau. — Des tuberculoses cutanées consécutives aux fièvres éruptives et en particulier de la rougeole. Thèse Paris, 1901.

Lereboullet (P.) et David (M.). — Tuberculose verruqueuse du genou (Société de Pédiatrie de Paris, séance du 21 juin 1927.

Moutot (Henry). — La tuberculose verruqueuse de la peau et des muqueuses dermo-papillaires. Thèse Lyon, 1907.

— Tuberculose verruqueuse. Excision, greffe d'Ollier guérison (Lyon Méd., 1907).

Perrin et Goeppert. — Deux cas de tuberculose cutanée verruqueuse (Arch. de Méd. des enfants, septembre 1902).

Ravenel. — Three cases of tuberculose of the human skin inoculation with the bovine tubercle bacillus (Philadelphia Med. Journal, 1900).

Riehl. — Ueber eine neüe form der Hauttuberkulose (K. k. Geselschaft der Aertze in Wien, Sistzungvorm, 16 octobre 1885; Wien. medizin, Blatter, 1885; Annalyse in Ann. de dermat., par Merklen. 1886).

— Contribution clinique et histologique à la tuberculose de la peau (IVe Congrès de Dermat. de Breslau, 1894).

Riehl et Paltauf. — Tuberculosis verrucosa cutis (Vierteljahres fur Dermat. 1886; Analyse in Ann. de Dermat. par Merklen, 1886; Viertelj fur Dermat., 1888).

Spronch et Hœfnagel. — Transmission à l'homme par inoculation accidentelle de la tuberculose bovine et réinocula-

tion expérimentale au niveau (Semaine Médicale, 15 octobre 1905).

Vidal. — Du lupus scléreux (Ann. de Dermat., 1883).

Wild (*R.*). — Causes d'inoculation tuberculeuse de la peau (British Med. Journal of Dermat., 1899).

8185 — Impr. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 3-1928